

论著·临床研究 doi:10.3969/j.issn.1671-8348.2017.03.018

双胎妊娠在不同孕周分娩方式选择与结局的临床分析*

杨 婧,周 玮[△]

(重庆市妇幼保健院产科 400000)

[摘要] **目的** 探讨不同孕周双胎妊娠病例的分娩方式与妊娠结局的关系。**方法** 选择 2014 年 8 月至 2015 年 12 月在该院分娩的孕周分别为 28~33⁺₆ 周,34~36⁺₆ 周及 37~39 周(分为 A、B、C 3 组)的 270 例双胎妊娠孕妇及其分娩的新生儿作为研究对象。回顾性分析在不同孕周,分娩方式与产妇产后出血、胎位、新生儿体质量、新生儿窒息率的关系,同时记录了绒毛膜性与分娩孕周的关系。**结果** 3 组孕周中,不同分娩方式的产后出血发生率比较差异无统计学意义($P>0.05$)。B 组阴道分娩组第 2 胎新生儿窒息 2 例,剖宫产组第 2 胎新生儿窒息 1 例,差异有统计学意义($P<0.05$);B 组中剖宫产组新生儿体质量显著高于阴道分娩组($P<0.05$)。50% 单绒毛膜双羊膜囊及 51% 双绒毛膜双羊膜囊双胎于 34~36⁺₆ 周剖宫产终止妊娠。**结论** 暂无确切证据证明在某一孕周剖宫产对于妊娠结局优于阴道分娩,但随孕周及胎儿体质量的增加,应放宽剖宫产指征,以避免阴道试产过程可能发生的风险。

[关键词] 分娩方式;双胎妊娠;绒毛膜性;新生儿窒息;产后出血
[中图分类号] R714.4 **[文献标识码]** A **[文章编号]** 1671-8348(2017)03-0344-03

Choice of twin pregnancy delivery mode in different gestational age with outcome analysis*

Yang Jing, Zhou Wei[△]

(Department of Obstetrics, Chongqing Health Center for Women and Children, Chongqing, 400000)

[Abstract] **Objective** To explore the outcome with choice of twin pregnancy delivery mode in different gestational age. **Methods** A retrospective study was used to obtain histories of 270 twin pregnancy pregnant women and newborn in gestational weeks in 28—33⁺₆ weeks, 34—36⁺₆ weeks and 37—39 weeks (divided into group A, B, C) from Aug 2014 to Dec 2015 in Chongqing health-center for women and children. According to retrospective analysis among gestational weeks, the relation with mode of delivery and complication, position of fetus, weight of newborn and Asphyxia of newborn rate were showed. Meanwhile, the relation with chorionic property and delivery gestational weeks were recorded in retrospective analysis. **Results** There was no statistical difference in the rate of postpartum hemorrhage of different delivery modes in 3 gestational weeks ($P>0.05$); there were two second newborn in natural labor group and one in C-sect group of group B occurred Asphyxia ($P<0.05$); there were statistical differences in weight of fetus from different delivery mode in group B ($P<0.05$). About 50% Monochorionic diamnionic twin pregnancies and 51% Double chorionic diamnionic twin pregnancies C-sected to termination of pregnancy during 34 weeks to 36⁺₆ weeks. **Conclusion** No conclusive evidence in some weeks C-sect is better than natural labor for pregnancy outcome. With the increasing of the weight of newborns and gestational weeks, relax the restriction of C-sect to reduce the possible risk of natural labor.

[Key words] mode of delivery; twin pregnant; chorionic property; asphyxia of newborn; postpartum hemorrhage

一次妊娠宫腔内同时有两个或以上胎儿称为多胎妊娠,其中以双胎妊娠最为多见。双胎妊娠属高危妊娠,易引起产科并发症、贫血及胎儿发育异常等。本院辅助生殖的开展增加了多胎发生率,分娩的双胎量多,产科对于双胎妊娠处理上积累了较丰富的经验。本研究对本院 2014 年 8 月至 2015 年 12 月 270 例不同孕周双胎妊娠病例的分娩方式与妊娠结局进行回顾性总结分析,现报道如下。

1 资料与方法

1.1 一般资料 选择 2014 年 8 月至 2015 年 12 月在本院分娩孕晚期双胎妊娠产妇 405 例,除外复杂性双胎 10 例(单羊膜囊双胎 2 例,双胎输血综合征 2 例,选择性胎儿生长受限 4 例,单绒毛膜双胎减胎或宫内治疗后 2 例)及产后出血高危因素患者 99 例(妊娠期肝内胆汁淤积症 10 例,妊娠期高血压疾病 39

例,羊水过多 10 例,疤痕子宫 21 例,前置胎盘 15 例,胎盘早剥 4 例),并除外自身胎儿异常患者 22 例(胎儿宫内发育迟缓 6 例,胎儿窘迫 16 例),死胎 2 例,先天畸形 2 例,余 270 例为研究对象。产妇年龄 20~35 岁,孕周 28~39 周,初产妇 186 例,经产妇 84 例;单绒双羊 26 例,双绒双羊 182 例,其余 62 例病例绒毛膜性不确定。

1.2 方法

1.2.1 不同孕周分娩方式 将研究对象按分娩孕周分为早期早产组(A 组)、晚期早产组(B 组)及足月组(C 组),分娩孕周分别为 28~33⁺₆ 周,34~36⁺₆ 周及 37~39 周,自然受孕的分娩孕周通过末次月经及孕早期 B 超共同确定,体外受精胚胎移植(IVF)助孕的孕周通过放胚时间确定。再将上述 3 组分别根据分娩方式分为阴道分娩组及剖宫产组,记录每组发生产

* 基金项目:重庆市卫生计生委 2016 年医学科研计划项目(2016MSXM091)。 作者简介:杨婧(1985—),住院医师,硕士,主要从事妇产科疾病的微创与临床方面研究。 △ 通信作者,E-mail:dr.zhouwei@163.com。

表 1 3 组不同孕周分娩方式与产后出血情况比较

分娩方式	A 组(n=51)		B 组(n=135)		C 组(n=84)	
	n	产后出血[n(%)]	n	产后出血[n(%)]	n	产后出血[n(%)]
阴道分娩	15	1(6.67)	15	1(29.41)	2	0(0)
剖宫产	36	1(2.78)	120	4(3.33)	82	2(2.44)
χ^2		0.425		0.415		0.050
P		0.514		0.519		0.823

表 2 3 组不同孕周分娩方式与新生儿窒息率及新生儿出生体质量的关系[n(%)]

分娩方法	A 组(n=51)					B 组(n=135)					C 组(n=84)				
	n	第 1 胎	第 2 胎	新生儿体质量		n	第 1 胎	第 2 胎	新生儿体质量		n	第 1 胎	第 2 胎	新生儿体质量	
		窒息	窒息	<2 500 g	≥2 500 g		窒息	窒息	<2 500 g	≥2 500 g		窒息	窒息	<2 500 g	≥2 500 g
阴道分娩	15	1(3.33)	3(10.00)	30(1.00)	0(0)	15	0(0)	2(6.67)	16(53.33)	14(16.67)	2	0(0)	0(0)	2(50.00)	2(50.00)
剖宫产	36	1(1.39)	2(2.78)	70(97.22)	2(2.78)	120	3(1.25)	1(0.41)	77(32.08)	163(67.92)	82	1(0.61)	2(1.22)	43(26.22)	121(73.73)
χ^2		0.425	2.498	0.850			0.384	9.588	5.333			0.025	0.050	1.126	
P		0.514	0.114	0.357			0.536	0.002	0.021			0.875	0.823	0.289	

后出血例数,新生儿体质量、胎位及绒毛膜性。产后出血以剖宫产患者产后 24 h 总出血量大于或等于 1 000 mL,顺产患者产后 24 h 总出血量超过 5 00 mL 为标准。

1.2.2 判断标准 新生儿情况根据第 8 版《妇产科学》^[1]判断是否发生新生儿窒息,使用新生儿阿氏评分(Apgar 评分)系统小于等于 7 分为窒息。

1.3 统计学处理 采用 SPSS14.0 软件进行统计学分析,计数资料用率表示,组间采用 χ^2 检验,检验水准 $\alpha=0.05$,以 $P<0.05$ 为差异有统计学意义。

2 结 果

2.1 不同孕周分娩方式与产后出血的关系 3 组不同孕周,剖宫产率均高于阴道分娩。A 组产妇 51 例,其中阴道分娩 15 例(29.41%),剖宫产 36 例(70.59%),阴道分娩组中发生产后出血 1 例,剖宫产组发生产后出血 1 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。B 组产妇 135 例,阴道分娩 15 例(11.11%),剖宫产 120 例(86.89%),产后出血阴道分娩组 1 例,剖宫产组 4 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。C 组 84 例,阴道分娩 2 例(2.38%),其余全部选择剖宫产分娩,阴道分娩组中未出现产后出血,剖宫产组产后出血 2 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$),见表 1。

2.2 新生儿窒息率及出生质量 A 组阴道分娩组第 1 胎发生新生儿窒息 1 例,第 2 胎发生新生儿窒息 3 例;剖宫产组第 1 胎窒息 1 例,第 2 胎窒息 2 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$)。B 组阴道分娩组第 1 胎未出现窒息,剖宫产组第 1 胎发生新生儿窒息 3 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$);阴道分娩组第 2 胎新生儿窒息 2 例,剖宫产组第 2 胎新生儿窒息 1 例,差异有统计学意义($P<0.05$)。C 组阴道分娩未发生新生儿窒息,剖宫产组第 1 胎发生窒息 1 例,第 2 胎发生窒息 2 例,差异无统计学意义($P>0.05$)。A 组阴道分娩新生儿质量均小于 2 500 g,剖宫产组有 2 例新生儿质量大于 2 500 g;B 组阴道分娩新生儿质量大于 2 500 g 14 例,剖宫产组 163 例,阴道分娩组与剖宫产组,差异有统计学意义($P<0.05$);C 组阴道分娩新生儿体质量大于 2 500 g 2 例,剖宫产组 121 例,两组差异无统计学意义($P>0.05$),见表 2。

2.3 双胎胎位 A 组与 B 组阴道分娩方式均为 15 例,A 组双胎双头位 10 例,B 组 12 例,C 组均为双胎头位;A 组一胎臀牵引 4 例,B 组 3 例;A 组双胎臀牵引 1 例,B 组 0 例;A、B 组产钳助产各 1 例,A 组内倒转 2 例,B 组 1 例,见表 3。

表 3 不同孕周阴道分娩组胎位例数[n(%)]

组别	n	双胎双头位	一胎臀牵引	双胎臀牵引	产钳	内倒转
A 组	15	10(66.67)	4(26.67)	1(6.67)	1(6.67)	2(13.33)
B 组	15	12(80.00)	3(20.00)	0(0)	1(6.67)	1(6.67)
C 组	2	2(100.00)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)

2.4 绒毛膜性 A 组单绒双羊 4 例,双绒双羊 38 例;B 组单绒双羊 13 例,双绒双羊 93 例;C 组单绒双羊 9 例,双绒双羊 51 例,见图 1。

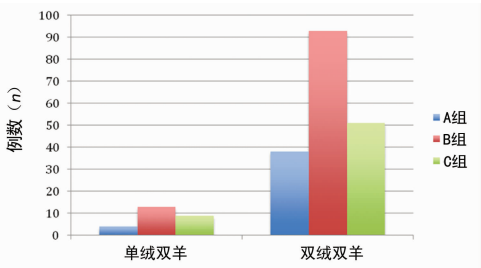


图 1 绒毛膜性与孕周的关系

3 讨 论

3.1 双胎妊娠终止妊娠的时机 本研究中有 135 例在孕 34~36⁺⁶ 周终止妊娠,与报道基本相符^[2]。Wilmlink 等^[3]建议对无妊娠合并症及并发症双胎妊娠择期剖宫产的推荐孕周为 37~38 周。但是由于双胎妊娠两个胎儿发育情况不同,在孕晚期出现胎儿宫内意外风险增加,临床上不可盲目参考孕周,应在孕晚期对双胎妊娠加强管理及监护,综合评估后决定终止妊娠的时机^[4]。本研究 135 例早产病例中,88 例属于医源性早产,这部分病例大多数合并产科并发症或术前怀疑胎儿窘迫。一般认为出现母子并发症的情况下,可考虑 34 周后终止妊娠。如小于 34 周,予预防性使用抗生素,地塞米松促胎肺成熟等,

减少感染等风险,尽量提高围生儿存活率,在保证母婴安全的前提下延长孕周。

双胎妊娠中绒毛膜性的区分对于胎儿的预后及终止妊娠时间的选择都十分重要。Hack 等^[5]建议单绒毛膜双胎 36 周时可考虑终止妊娠,英国皇家妇产科医师协会(RCOG)认为,对于无合并症及并发症的单绒毛膜双胎,可于孕 32~34 周时讨论终止妊娠的方式,并于孕 36~37 周时终止妊娠;而双绒毛膜双胎可于孕 34~36 周时讨论终止妊娠的方式,并于孕 37~38 周时终止妊娠。对于复杂性双胎需个性化制定分娩方案,一般分娩时机在 32~36 周。本研究中一半以上的单绒毛膜双胎在推荐孕周终止妊娠,双绒毛膜双胎终止妊娠孕周普遍早于报道推荐孕周,原因为研究中双绒毛膜双胎大多数是由于合并有妊娠并发症的关系。本研究中部分孕妇由下级医院转诊,孕早期未检查绒毛膜性,故加强基层社区医院双胎妊娠产前超声培训,尤其是 14 周前做绒毛膜数量的确定,对改善双胎围产儿结局尤其重要^[6]。

3.2 不同分娩方式对新生儿的影响 双胎妊娠选择哪种分娩方式旨在降低围生儿窒息率及病死率,降低孕产妇分娩并发症,应综合评估孕周、胎儿状况、孕产史、胎方位及孕妇有无基础疾病等以指导分娩方式的选择。择期剖宫产的绝对指征很少,只有联体儿和单羊双胎不考虑阴道试产,第 1 胎臀先露为阴道分娩相对禁忌,部分国内外学者主张孕周大于 34 周或胎儿估计在 2 000 g 以上,胎位为双胎均头位或第 1 胎头位且有阴道分娩条件的产妇经阴道分娩^[7],但其他胎位的分娩方式存在分歧。崔小妹等^[8]认为第 1 胎臀先露并非阴道分娩禁忌,但廖文燕等^[9]报道第 1 胎儿或第 2 胎儿非头位经阴道分娩,新生儿窒息率、病死率明显增高,故主张除双胎均头位,其他胎位均应剖宫产。本研究中,从 A 组看出在胎儿为低体质量儿时,胎位对分娩方式影响不大,若发生新生儿窒息,一般考虑与早期早产儿自身肺发育不成熟储备欠佳,合并感染及产科并发症等相关,且早期早产儿有预后不佳、病死率高等风险,故也可以考虑阴道分娩。但近年国内早产儿的哺育条件改善,新生儿科对早产儿并发症的诊治技术也大大提高,有相关条件的医院在接产早期早产儿时,也应该严格观察产程,尽量避免宫缩时胎盘血流改变对本身储备能力欠佳的早产儿的影响,适当放宽剖宫产指征。

B 组中该孕周新生儿体质量增加,剖宫产术两胎儿娩出时间较易人为控制,第 2 胎娩出迅速,减少了宫缩对第 2 胎的影响,经阴道分娩第 1 胎娩出后发生胎盘早剥,第 2 胎儿胎位不正,脐带脱垂,羊水流尽等风险,加之因新生儿体积变大,宫内转胎位等操作困难,发生紧急情况时难以人为控制,增加了第 2 胎儿窒息的风险。故熟练的阴道助产技术尤为重要,必须有接生过双胎妊娠经验的医生在场,要有经验的助产士亲自观察产程,严密监护双胎胎心,产房有超声设备支持,积极建立有效的静脉通道,尽早通知麻醉师及儿科医生到场,做好新生儿抢救复苏的准备工作,积极处理产程,一旦出现胎位不正、胎儿窘迫、病理性缩腹环,脐带脱垂等经阴道分娩困难者及紧急情况时,剖宫产抢救第 2 胎儿。且生产前后与患者及家属充分沟通,使其及时了解分娩过程中发生的风险及处理方案^[10]。

C 组中阴道分娩组与剖宫产组新生儿窒息无显著差异,笔者认为在选择足月双胎的分娩方式时,应严格评估生产风险,孕妇产道条件,胎儿体质量等,因胎儿出生后存活率高,可放宽

剖宫产指征。

3.3 分娩方式对分娩并发症的影响 从研究可以看出,3 组中不同的分娩方式对产后出血无显著影响,笔者认为发生产后出血与分娩方式的不同并无直接关系,而与双胎这种妊娠形式相关,双胎属高危妊娠,增加分娩并发症的发生率^[11]。段涛^[12]指出几乎涵盖了产科所有最困难和棘手的问题,以及最严重的母婴并发症。本研究产妇总共发生羊水栓塞 3 例,其中 2 例为双胎妊娠,发生产后出血及产褥感染病例比率也明显高于单胎妊娠。辅助生殖技术为产科带来了丰富的双胎病例资源,但临床上遇到的双胎妊娠的问题千头万绪,需要妇产科临床医生不断地充实和学习相关的知识和提高应变处理能力,正确选择适当的终止妊娠时机及分娩方式。

参考文献

[1] 谢幸,苟文丽. 妇产科学[M]. 8 版. 北京:人民卫生出版社,2013:121-126.

[2] 贾瑾,周容. 双胎妊娠终止妊娠时机的选择[J]. 实用妇产科杂志,2013,29(11):809-811.

[3] Wilmlink FA, Hukkelhoven CW, Mol BW, et al. Neonatal outcome following elective cesarean section of twin pregnancies beyond 35 weeks of gestation[J]. Am J Obstet Gynecol, 2012, 207(6):480.

[4] American College of Obstetricians and Gynecologists Committee on Practice Bulletins-Obstetrics, Society for Maternal-Fetal medicine, ACOG joint editorial committee. ACOG practice bulletin: multiple gestation: complicated twin, triplet, and high-order multifetal pregnancy[J]. Obstet Gynecol, 2004, 104(4):869-883.

[5] Hack KE, Derks JB, Elias SG, et al. Increased perinatal mortality and morbidity in monochorionic versus dichorionic twin pregnancies: clinical implications of a large Dutch cohort study[J]. BJOG, 2008, 115(1):58-67.

[6] 李莉,向川蓉,王雪燕,等. 251 例双胎妊娠临床分析[J]. 重庆医学, 2014, 43(26):3501-3502.

[7] Schmitz T, Carnavalet C, Azria E, et al. Neonatal outcomes of twin pregnancy according to the planned mode of delivery[J]. Obstet Gynecol, 2008, 111(3):695-703.

[8] 崔小妹,林丹玫,谢娟. 双胎妊娠经阴道分娩 76 例临床分析[J]. 福建医药杂志, 2009, 31(5):23-24.

[9] 廖文燕,左绪磊,陈涤瑕. 双胎妊娠中不同分娩方式对新生儿窒息的影响[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2001, 17(7):433-434.

[10] 马玉燕,吴纪芬. 双胎妊娠阴道分娩问题[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2010, 26(11):816-819.

[11] Murata M, Ishii K, Kamitomo M, et al. Perinatal outcome and clinical features of monochorionic monoamniotic twin gestation[J]. J Obstet Gynaecol Res, 2013, 39(5):922-925.

[12] 段涛. 产科之王——双(多)胎妊娠的几件“P”事[J]. 中国实用妇科与产科杂志, 2015, 31(7):577-578.